

Akral Lentiginöz Melanoma (Olgu Raporu)

ACRAL LENTIGINOUS MELANOMA (CASEREPORT)

Dr.Ferda ARTÜZ, Dr.Yasemin ORAM, Dr.Gülgün ZENGİN, Doç.Dr.Nuran ALLI

S.B. Ankara Numune Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, ANKARA

ÖZET

Melanomalar deri ve diğer organların melanositlerinden köken alan malign tümörlerdir. Klinik olarak; lentigo maligna melanoma, yüzeysel yayılan melanoma nodüler melanoma, akrallentiginöz melanoma olmak üzere 4 formda incelenirler.

Biz burada akrallentiginöz melanoma tanısı koyduğumuz bir hastayı sunuyor ve literatürü kısaca gözden geçiriyoruz.

Anahtar Kelimeler: Akrallentiginöz melanoma

T Klin Dermatoloji 1992, 2:31-33

Malign melanoma deri ve diğer organların melanositlerden köken alan ve ölüme sonuçlanan nadir bir tümördür. Tüm kanserlerin %2'sini oluşturmaktadır, insidansındaki dramatik artış ve ortalama ölüm yaşının giderek düşmesi son yıllarda bu hastalığa olan ilgiyi arttırmıştır (1-4).

Açık renk derili kişilerde, mavi gözlülerde, kızıl ve sarı saçlılarda daha sık rastlanmaktadır. Siyah ırkta da özel lokalizasyonlar da görülür (1,3,5).

Güneşe aralıklı olarak maruz kalmanın yanı sıra, etnik, sosyoekonomik farklılıklar, cinsiyet hormonları ve metabolik değişikliklerin de etyolojide rol oynadığı düşünülmektedir. Genetik geçiş kompleks ve multifaktöriyeldir. Konjenital veya displastik nevüsler gibi prekürsör lezyonlar tek başlarına veya çevresel faktörlerle birlikte etyolojide önemli bir yer tutarlar. Yapılan çalışmalar püva tedavisinin melanoma riskini arttırmadığını göstermiştir (1,2,3,6).

Geliş Tarihi: 01.3.1992

Kabul Tarihi: 16.3.1992

Yazışma Adresi: Dr.Ferda ARTÜZ

S.B. Ankara Numune Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, ANKARA

SUMMARY

Melanomas are malignant tumours that arise from the melanocytes of the skin and the other organs. They can be detected in 4 clinical forms such as lentigo maligna melanoma, nodular melanoma and acral lentiginous melanoma.

Here we present a patient who was diagnosed as acral lentiginous melanoma and we review the literature briefly.

Keywords: Acral lentiginous melanoma

Turk J Dermatol 1992, 2:31-33

Başlangıç gidiş, prognoz ve sıklık bakımından birbirinden farklı 4 majör malign melanoma tipi vardır (1,3,7,8).

Bunlar;

1. Lentigo maligna melanoma (%5).
2. Akrallentiginöz melanoma (%10).
3. Nodüler melanoma (%15).
4. Yüzeysel yayılan melanoma (%70)

Biz burada akrallentiginöz melanoma tanısı koyduğumuz bir olguyu sunuyoruz.

Olgu

G.Y. 40 yaşında, evli, kadın hasta. Ayak tabanındaki kasıntısız ve uzunsüredir geçmeyen etrafı siyah renkli kabarıklık oluşumu nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Öyküsünden bu şikayetin bir senedir devam ettiği öğrenildi.

Öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik incelenmesinde: Dolaşım, solunum, sindirim ve ürogenital sistemleri normal bulundu.

Dermatolojik muayenede: Saçlar, saçlı deri ve tırnaklar normal, intertriginöz bölgeler doğal olup muko-

zal lezyonu yoktu, sol ayak tabanında baş parmak ile 2. parmak arasındaki bölgede deriden kabarık, üzeri masere, kenarında koyu kahverengi, siyah renkli pigmentasyon çizgisi olan nodüler lezyon tespit edildi (Şekil 1).

Laboratuvar melemelerinde: Sedim, hemogram, tam idrar ve karaciğer fonksiyonları normaldi. Röntgen tetkikinde akciğer ve iki yönlü sol ayak grafilerinde herhangi patolojik bulgu saptanamadı. Hastadan istenen karaciğer, dalak ve kemik sintigrafilerini hasta maddi olanaksızlığı yüzünden çektiemedi. Batın ultrasonografisinde herhangi bir patolojik bulgu saptanmadı.

Sol ayak tabanından alınan biopsi raporu: Kesitlerde bir alanda ülsere çok katlı yassı epitel altında başlayan dermis katlarına doğru invazyon gösteren nodüler yapılar, yer yer solid alanlar oluşturan tümör dokusu izlenmektedir. Tümöral doku içine yerleşen dar, eozinofilik stoplazmalı, poligonal şekilli, yuvarlak oval veziküler nükleuslu, yer yer belirgin iri nükleollerini izlenebilen atipik hücrelerin stoplazmalarında granüllü, kahverengi pigment dikkati çekmektedir (ANH.Pat.B818-1991) (Şekil 2). Histopatolojik tanı malign melanoma şeklinde rapor edildi.

Kendi isteği üzerine Onkoloji Hastanesi'ne nakledilen hasta orada tedavi altına alındı.

TARTIŞMA

Primer kutanöz melanoma deride yerleşen, epidermal melanosit veya nevüs hücreleri nevüslerde dermoepidermal bileşkeden çıkan çok habis bir tümördür. Deriden köken alıp ölümle sonuçlanan hastalıklar arasında ilk sırada yer alır. 1983 yılında yapılan bir araştırmaya göre ortalama 5 yıllık yaşam %85'tir (3,9).

Kadın ve erkeklerde görülme sıklığı eşit olarak bildirilmiştir. Tiroid hastalığı olanlarda ve diabetiklerde melanomaların daha sık görüldüğü öne sürülmektedir (1,2).

Daha çok ileri yaşlarda görülmekle birlikte 15 yaşın altındakilerde de nadir olarak deri melanomu gö-



Şekil 1. Hastanın sol ayak baş parmağında nodüler lezyon

rülebilir. Son çalışmalar gebeliğin melanoma üzerine hiçbir ters etkisi olmadığını göstermiştir (2,7,10).

Tümörlerin çoğu normal deride pigmentli bir alan oluşturarak ortaya çıkarlar. Yerleşim en çok baş ve boyunda olmakla birlikte erkeklerde gözde, kadınlarda alt ekstremitelerde yerleşimi daha fazladır. Ağız içi, meninks ve diğer organlarda da yerleşebilir (2,9).

Mukozal yerleşimli melanomalar diğer yerleşimli melanomalara oranla daha kötü prognoz gösterirler. Vajinada görülen primer melanomalar en sık arka duvar yerleşimlidir. Peniste melanoma görülmesi ise oldukça nadirdir. (11-14).

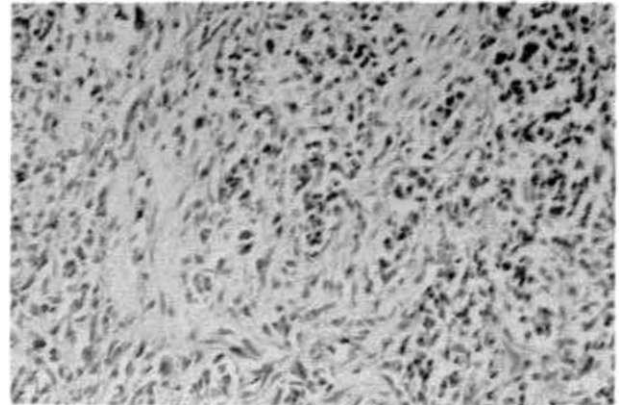
Akral lentiginöz melanoma yeni tariflenen bir formdur. Daha çok siyah ırkta avuç içi, ayak tabanları, el-ayak parmakları, subungual bölge ve bazı mukozal alanlarda görülür. Maküler, lateral yayılan, düzensiz sınırlı, değişken renkli bir lezyondur. Üzerinde papül veya nodüller bulunur. Radyal büyüme fazı genellikle birkaç sene olduğundan prognozu kötüdür (1,3).

Melanomaların ilk metastazı lenfatiklerle bölgesel lenf nodlarına olur. Daha sonra kemik, deri, karaciğerde hematogen metastazlar görülür. Hematogen metastazlı melanomaların yaşam şansı son derece düşüktür (6,9,15,16).

Clark ve arkadaşları melanomalarda prognoz belirleyici olarak invazyon derinliğini esas alırken, Breslow ve arkadaşları ise primer lezyon kalınlığını prognoz belirteci olarak kullanmışlardır (1,3,17,18,19).

Melanomalar klinik olarak 3 ayrı grupta evrelendirilebilirler. Evre III melanomaların prognozu son derece kötüdür (6).

Erken tanı ve cerrahi eksizyon primer melanoma tedavisinde standart yöntemdir. Eksizyon için klasik 5 cm'lik sınır artık zorunlu görülmemektedir. Cerrahi yönlendiren major faktör lezyonun kalınlığıdır. Rezeksiyon subkutan yağ dokusuna kadar olmalıdır. Akral ve subungual melanomalar da rezeksiyon sınırları farklıdır. İlk cerrahi eksizyon sırasında elektif bölgesel lenf bezi diseksiyonu (ELND) ancak 1.5-4 mm kalınlıktaki melanomalarda yaşam süresini iyi yönde etkiler (7,10,20).



Şekil 2. Lezyondan yapılan biyopsinin histopatolojik görünümü (HEx100)

Kemoterapide Decarbazine (DTIC) en etkili tek ajandır. Ekstremitelerdeki melanomalar için perfüzyon kemoterapisi kullanılabilir. Bir bölgeye sınırlı kalmış ileri dönemdeki hastalarda etkili ve amputasyonu elimine edici bir yöntemdir. İmmünoterapi, kemoimmünoterapi, tümör aşılıları da tedavide kullanılabilir (3,10).

Radyoterapi lentigo maligna melanoma ve cerrahiye elverişli olmayan hastalarla, kemik ve serebral metastazlı olgularda palyatif olarak denenebilir (1,7,10).

Akrallentiginöz melanoma sıklıkla siyah ırkta daha az olasılıkla beyaz ırkta görülür. Siyah ırkta en fazla görülen yerleşim yeri palmoplantar ve subungual bölgelerdir (1,3,5).

Plantar bölgede benign melanositik nevüsler sık görülmekle birlikte diğer pigment lezyonların görülmesi nadirdir. Yapılan çalışmalar 50 yaş üstündeki kişilerin plantar bölgesindeki çapı 9 mm'den daha büyük maküler lezyonların histolojik tanısının genellikle malign melanoma olduğunu göstermiştir (5).

Bundan dolayı ayak tabanındaki 7 mm'den daha büyük pigment lezyonların eksize edilmesi ve incelenmesinin erken tanı ve prognoz açısından büyük önem taşıdığı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Cara WA, Bronstein BR. Tumors of the skin. *Dermatology* (Eds) Moschell S, Pillsburg D, Murley M. WB Saunders Co. 2nd 1985; 1574-80.
2. Oğuz O. Deri melanomunun epidemiyolojisi ve risk faktörleri. *Deri Hast. Frengi Arş.* 1990; 24(1);65-9.
3. Sober AJ, Rhodes AR, Fitzpatrick TB. Neoplasms. Malignant melanoma. *Dermatology In General Medicine* (Eds) Fitzpatrick TB et al. Mc Graw Hill Co. New York. 2nd ed 1987; 947-66.
4. Karjalainen S, Hakulinen T. Survival and prognostic factors of patients with skin melanomas. *Cancer* 1988; 62:2274-90.
5. Saida T, Yoshida N. Clinical guidelines for the early detection of plantar malignant melanoma. *J Am Acad Dermatol* 1990;23:37-40.
6. Gupta AK, Stern RS. Cutaneous melanomas In patients treated with psoralens plus ultraviolet A. *J Am Acad Dermatol* 1988; 19:67-76.
7. Arnold HL, Odom RB. *Disease of the skin.* WB Saunders Co. Philadelphia 8th ed. 1990; 819-27.
8. Acar MA, Akbaba M. Malign melanomanın histopatolojisi. *Lepra Med* 1990; 21:141-52.
9. Saylan T. Habs Tümler. *Dermatoloji* (Eds) Tüzün Y, Kotoğyan A, Saylan T. Nobel Kitabevi. İstanbul 1985; 716-8.
10. Ho VC, Sober AJ. Therapy for cutaneous melanoma: An update. *J Am Acad Dermatol* 1990; 22:159-176.
11. Kato T, Takematsu H, et al. Malignant melanoma of mucous membranes. A clinicopathologic study of 13 cases In Japanese patients. *Arch Dermatol* 1987; 123:216-220.
12. Liu LY, Hou YJ, LI JZ. Primary malignant melanoma of the vagina: A report of Seven Cases. *Obstet Gynecol* 1987; 70:569-72.
13. Stilwell TJ, Zincke H, Gaffey TA. Malignant melanoma of the penis. *J Urol* 1988; 140:72-5.
14. Leicht S, Younberg G, Daz Miranda C. Atypical pigmented penile macules. *Arch Dermatol* 1988; 124:1267-70.
15. MC Carthy WH, Shaw HM, Thompson JF. Time and frequency of recurrence of cutaneous stage 1 malignant melanoma with guidelines for follow up study. *Surg Gynecol Obstet* 1988; 166:457-502.
16. Hena MA, Emrich U, Nambisan RN. Effect of surgical treatment on stage IV melanoma. *Am J Surg* 1987; 153:270-5.
17. Nield DV, Saad MN, Khoo CTK. Tumour thickness in malignant melanoma. The limitations of frozen section. *Br J Plast Surg* 1988; 41:403-7.
18. Reintgen DS, Vollmer R, Tso CY. Prognosis for recurrent stage I malignant melanoma. *Arch Surg* 1987; 122:1338-42.
19. Slingluff CL Jr, Vollmer RT, Reintgen DS. Lethal thin melanoma: Identifying patients at risk. *Ann Surg* 1988; 208:150161.
20. Karakousis CP, Emrich JL, Rao U. Groin dissection In malignant melanoma. *Am J Surg* 1986; 152:491-5.